

HISTORIQUE MÉDICAL

Nom de votre médecin _____ Tél. _____

Nom de votre dentiste _____ Tél. _____

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Oui Non

Si oui, pourquoi _____

Êtes-vous fumeur? Oui Non

Êtes-vous enceinte? Oui Non

Allaitez-vous? Oui Non

Avez-vous consommé au cours des 6 derniers mois des substances illicites (drogues)? Oui Non

Prenez-vous présentement ou avez-vous pris au cours des 6 derniers mois, les médicaments suivants ou autres?

Anticoagulants (éclaircir le sang) Oui Non

Bisphosphonates (ostéoporose) Oui Non

Bisphosphonates intraveineux (pour tumeur osseuse) Oui Non

Contraceptifs oraux Oui Non

Pour myélome multiple Oui Non

Autres médicaments, obtenir la liste auprès de votre pharmacie Oui Non

Souffrez-vous d'une ou des allergies suivantes?

Alimentaire Oui Non

Anesthésie locale Oui Non

Aspirine Oui Non

Iode Oui Non

Latex Oui Non

Pénicilline Oui Non

Sulfamides Oui Non

Autres allergies _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des maladies suivantes?

Anémie Oui Non

Arthrite Oui Non

Asthme Oui Non

Diabète Oui Non

Épilepsie Oui Non

Évanouissements Oui Non

Fièvre rhumatismale Oui Non

Infection transmissible sexuellement (ITS) Oui Non

Maladie de la peau Oui Non

Maux d'oreilles Oui Non

Maux de tête fréquents Oui Non

Pression sanguine haute basse Oui Non

Problème de foie (hépatite, cirrhose) Oui Non

Problèmes oculaires Oui Non

Rhume des foins Oui Non

Rhumes fréquents ou sinusites Oui Non

Saignements prolongés Oui Non

Souffle au cœur Oui Non

Troubles cardiaques Oui Non

Troubles digestifs Oui Non

Troubles nerveux Oui Non

Troubles rénaux Oui Non

Troubles thyroïdiens Oui Non

Tuberculose / Problèmes pulmonaire Oui Non

Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie (tumeur)? Oui Non

Êtes-vous porteur du VIH? Oui Non

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____ App. _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone maison _____

Téléphone travail _____

Cellulaire _____

Courriel _____

Date de naissance (aa/mm/jj) ____ / ____ / ____ F H

Poids _____ Taille _____

N° d'assurance maladie _____

Date d'expiration ____ / ____

Référé par _____

Raison de la visite _____

Avez-vous des radiographies avec vous? Oui Non

Personne responsable du paiement si autre que vous _____

Avez-vous des assurances dentaires? Oui Non

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris et rempli le présent questionnaire médical au meilleur de ma connaissance et en posant les questions nécessaires.

Date ____ / ____ / ____

Signature _____

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, soussigné, consens à ce que les traitements débutent tels que décrits, et je reconnais que le Dr _____ m'a expliqué les traitements, et les autres options offertes ainsi que les complications possibles, et qu'il a répondu à mes questions de façon satisfaisante.

Date ____ / ____ / ____

Signature _____

Remarques _____